Regione Lombardia

DG WELFARE
U.O. PREVENZIONE

RICHIESTA DI VISITA MEDICO-SPORTIVA PER L'IDONEITÀ ALLA PRATICA AGONISTICA

(D.M. SANITÀ 18.02.1982 – D.M. SANITÀ 04.03.1993)

DATA _____

La Società Sportiva ___MOTOCLUBLUMEZZANE ASD_____

Con sede in _VIA MAZZINI 92_____ CAP ___25065 ___

Indirizzo PEC* ____motoclublumezzane@messaggipec.it _____

Affiliata a:

Federazione Sportiva Nazionale (sigla)__FEDERAZIONE MOTOCICLISTICA ITALIANA _

Ente di Promozione Sportiva Riconosciuto (sigla) _____CONI_____ dal 10/11/1962

con codice n. |0|0|4|2|6|_|_|_|_|

Chiede per il proprio atleta:

Cognome e nome _____

Nato a _____ il _____

Residente a _____

Via/piazza _____ n. _____

Codice fiscale _____

Indirizzo PEC _____

Una visita medico-sportiva per l'idoneità alla pratica agonistica dello sport:

☐ Prima affiliazione

☐ Rinnovo (allegare ultimo certificato in originale in possesso dell'atleta)

MOTO CLUB Lumezzane A.S.D.
Via Mazzini, 92 - Tel. 030.5240719
25065 LUMEZZANE (BS)
C. F.: 02985470174 - P. IVA: 00714980984

_____

Firma del Presidente o timbro della Società Sportiva